

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1900, à 1 heure

PAR

Marcel GROCLER

Né à Ornans (Doubs), le 1^{er} décembre 1875.

DE LA PERFORATION TUBERCULEUSE DU PALAIS

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

Juges : MM. { *Paul BERGER, Professeur,*
WIDAL, Agrégé
ALBARRAN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1900, à 1 heure

PAR

Marcel GROCLER

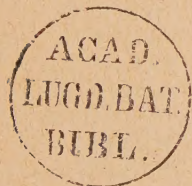
Né à Ornans (Doubs), le 1^{er} décembre 1875.

DE LA PERFORATION TUBERCULEUSE DU PALAIS

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. { Paul BERGER, Professeur.
WIDAL, Agrégé.
ALBARRAN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE D^r GROCLER

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M^r LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le domaine de la tuberculose s'est considérablement agrandi. Grâce au développement des études anatomo-pathologiques et bactériologiques, on a pu étudier la structure intime des tissus malades et reconnaître l'origine de lésions dont la nature était restée longtemps mystérieuse. C'est ainsi que les ulcérations tuberculeuses de la bouche prises pendant longtemps pour des manifestations syphilitiques ou décrites comme lésions banales sous le nom d'aphtes des phthisiques, d'ulcères cachectiques, ont été dans le cours de ce siècle nettement séparées et isolées des autres ulcérations de la cavité bucco-pharyngée.

Nous nous occuperons plus spécialement dans ce travail des perforations survenant dans le cours de la tuberculose du palais. Ce genre de lésions n'est point commun. Dans l'étude magistrale que M. le Dr Hermantier a faite sur la tuberculose de la voute palatine, il n'a rencontré qu'une fois la perforation sur 8 observations publiées par lui.

Depuis lors, quelques cas de perforations tuberculeuses de la voute palatine et du voile du palais ont été signalés en France et à l'étranger. Il nous a paru intéressant de les réunir, d'en faire une étude d'ensemble afin de bien montrer les caractères et les symptômes qui les différencient des autres perforations palatines.

C'est sous l'inspiration de M. le D^r Caussade, médecin des Hôpitaux que nous avons entrepris ce travail.

Nous n'oublierons pas la sollicitude dont il nous a toujours entouré, ni la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service de consultation médicale à l'Hôtel Dieu et à l'Hôpital Broussais. Aussi nous le prions de recevoir l'assurance de notre sincère reconnaissance.

Que M. le professeur Lannelongue et MM. les D^r Broca et Villemin veuillent bien accepter nos remerciements, car c'est guidé par leur doctes leçons que nous avons pu acquérir quelques connaissances en chirurgie infantile.

Nous ne saurions non plus oublier nos maîtres de l'Ecole de médecine de Besançon qui ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale ; nous les remercions tous vivement et en particulier : MM. les D^{rs} Coutenot, Chapoy, Saillard, Bruchon, Mandereau et Prieur.

Enfin nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Dieulafoy pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La perforation tuberculeuse du palais se produisant toujours dans le cours d'une infection bacillaire bucco-pharyngée, nous ne pouvons omettre de signaler les auteurs qui se sont occupés de cette dernière affection d'une façon générale; nous nous arrêterons surtout à ceux qui ont traité de la tuberculose palatine. Morgagni (1761), Baumès (1768), Bayle (1810) ont les premiers attiré l'attention sur les ulcérations de la bouche et de la gorge dans le cours de la phtisie, mais sans oser en affirmer la nature.

Louis (1843), considère les ulcérations du pharynx comme un phénomène très rare et il spécifie ne les avoir trouvés que 4 fois sur 120 sujets.

Quelques années plus tard Ricord reprenait la question et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir nettement différencié la syphilis buccale de ce qu'il nomma la tuberculose buccale. Ses vues et ses observations ont été consignées dans la thèse de son élève Buzenet (1858). Julliard en 1865, dans sa thèse inaugurale, confirme la

théorie de Ricord et décrit nettement les caractères du tubercule bucco-pharyngé.

Trélat le premier en 1870 a montré que la tuberculose bucco-pharyngée pouvait être primitive, rester à l'état de lésion locale et évaluer pour son propre compte, indépendamment de toute localisation viscérale. C'est lui également qui indiqua comme signe pathognomonique de ce genre de lésions, la présence de points jaunâtres disséminés à la périphérie de l'ulcération.

Nous signalerons ensuite les travaux de Gazagne, Pouzergue, Baudon sur les ulcérations tuberculeuses de la langue (1872-74).

Laveran signale le premier en 1876, un cas de tuberculose de la voûte palatine et en fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux. Bientôt, Vallin présente un cas analogue.

Ainsi jusqu'à ce moment deux cas de tuberculose palatine sont signalés et Spillann écrit-il dans sa thèse d'agrégation sur la tuberculose de l'appareil digestif, que la voûte palatine reste généralement indemne (1878). Péter tombe dans la même erreur (1880).

Cependant Gelade dans sa thèse sur la tuberculose bucco-pharyngée (1878) et Quénu venaient de signaler plusieurs exemples de cette affection.

En Allemagne Küssner démontre la fréquence de ces sortes de lésions.

A Christiania, V. Uchermann signale deux cas de tuberculose du voile du palais l'un en 1884, l'autre en 1888 et constate dans les ulcérations la présence du bacille de Koch.

En 1886, M. Hermantier réunit 47 cas de tuberculose des différentes parties de la cavité bucco-pharyngée sur lesquels il trouve 8 observations de tuberculose de la voûte palatine publiées dans sa thèse inaugurale (tuberculose de la voûte palatine. Thèse de Paris, 1880). Après avoir bien décrit les caractères de ces sortes de lésions, M. Hermantier se range aux conclusions suivantes :

« 1° Les ulcérations de la voûte palatine sont plus fréquentes qu'on ne l'avait supposé tout d'abord. Leur nombre peut être évalué du sixième des cas comprenant les lésions buccales de même nature ;

2° La tuberculose de la voûte palatine est contemporaine de la tuberculose pulmonaire dans la proportion de 7 p. 8 ;

3° Toutes les lésions de la voûte s'accompagnent d'ulcérations de même nature soit aux voiles, soit aux lèvres ; la langue restait indemne ;

4° Les plaques jaunâtres n'ont jamais fait défaut au début ou dans le cours de la maladie ; toutefois, chez certains individus, elles sont rares et fugaces ;

5° La bacille de Koch a été rencontré une fois sur trois cas où il avait été recherché ;

6° Comme complication perforation de la voûte palatine (un cas) chute des incisives et nécrose partielle du record alvéolo-dentaire ;

7° L'iodoforme et la teinture d'iode ont donné jusqu'ici les meilleurs résultats thérapeutiques ».

Au huitième Congrès annuel tenu à Philadelphie les 27-29 mai 1886 par la Société de Laryngologie d'Amé-

rique, le docteur Bryson Delavar, de New-York a lu un travail sur la tuberculose buccale. Il cite 108 observations dont 8 se rapportent au palais. L'acide lactique employé le plus souvent a donné de bons résultats.

La même année, Clutton publie dans *The Lancet* une observation d'ulcération tuberculeuse du palais.

Le 11 mars 1887, M. Bruneau soutient devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse ayant pour titre: Des Ulcérations tuberculeuses de la bouche. Nous y relevons les passages suivants: « Sur 52 observations, 29 fois l'ulcère avait son siège primitif et se localisait sur la langue; dans 5 autres cas, il s'accompagnait de lésions semblables sur divers points de la bouche; 12 fois le voile du palais était envahi, quelquefois isolément le plus souvent l'ulcération s'étendait soit en avant et sur les côtés vers la face interne des joues, soit en arrière du côté du pharynx, occupant en même temps les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. Nous devons noter en effet, que l'affection localisée au début en certains points, se généralise souvent à une grande partie de la muqueuse buccale ».

Parmi les quatre observations présentées par M. Bruneau, une seule mentionne des lésions palatines. Pas de perforation.

Comme traitement on s'est contenté de gargariser le malade avec du chlorate de potasse, les cautérisations à l'acide chronique n'ayant pu être supportées.

Reclus, la même année signale dans la *Gazette Hebdomadaire de Médecine et la Chirurgie* (28 octobre 1887), deux cas de tuberculose buccale qui se sont trouvés dans

son service et ont été publiés dans la thèse de M. Bruneau. Après avoir décrit les caractères propres à l'ulcère tuberculeux, M. Reclus se range à l'opinion de Trélat et considère comme signe pathognomonique de cette lésion, le semis de granulations jaunâtres qui existe à son milieu et à son pourtour, et il soutient qu'on n'a pas besoin, pour faire un diagnostic ferme de s'appuyer sur l'état général du malade, ses antécédents personnels ou héréditaires, les symptômes objectifs suffisant le plus souvent. Il regarde la tuberculose buccale primitive comme plus fréquente qu'on ne l'avait supposé tout d'abord et décrit à cette affection un pronostic bien moins sombre que ne l'avaient fait certains auteurs (Duplay, Kirmisson).

Enfin, M. Reclus conseille d'employer d'abord le traitement médical qui souvent suffit, dans les cas rebelles, on aura recours aux applications d'acide chromique, de nitrate d'argent ou d'iodoforme.

En 1888 à Odessa, M. Scheferowitch présente une thèse sur la tuberculose de la cavité buccale.

En 1893, Obraszoff signale dans le *Vratch* deux cas de tuberculose de la peau et de la voute palatine.

En 1889, (15 février), le Dr Roth signale à la Société Impériale des médecins de Vienne, deux cas de tuberculose du voile du palais survenant dans le cours d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée.

En 1893, Bobone signale un cas de tubercule miliaire du palais et du pharynx (Boll. mal. decl. orecchio, de gola et de naso. Firenze) et Keller présente à la société Berlinoise de Dermatologie un cas de tuberculose du voile du palais. Semon publie en Angleterre, un cas

d'ulcération tuberculeuse du voile, de la luette, de l'amygdale et du larynx. (London, laryngology, Society, 9 octobre 1895).

En France, M. le Dr Giraudeau présente à la Société Médicale des Hôpitaux, l'observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire, d'ulcération tuberculeuse des gencives et d'ostéomyélite du maxillaire inférieur. En rapprochant ce cas des autres bacilloses locales il insiste sur le caractère profondément destructeur de ces sortes de lésions.

Le 30 avril 1895, M. le professeur Dieulafoy fait à l'Académie de Médecine une importante communication sur la tuberculose larvée des trois amygdales. Il montre au moyen de nombreuses observations que le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée est souvent une première étape où vient se loger le bacille avant d'arriver au poumon.

Dans la thèse de M. Auguy (1896), « De la tuberculose linguale » nous relevons deux cas où cette dernière affection est accompagnée d'ulcérations palatines. (Observations de Michelson et de Charlier, de Bruxelles).

En 1897, M. Tarrade dans sa thèse, « De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale » se plaçant uniquement au point de vue étiologique signale comme porte d'entrée de la bacilliose : « une mauvaise denture et plus rarement une lésion traumatique. »

M. le professeur Dieulafoy a le premier, dans une de ses cliniques (1899), jeté un aperçu d'ensemble sur les diverses perforations palatines ; il nous présente plusieurs cas de perforations syphilitiques et à ce propos en fait le diagnostic différentiel avec les perforations tuberculeuses et énumère les caractères de ces dernières.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I, publiée par M. QUÉNU 1878, tirée de la thèse de M. Hermantier.

*Ulcération tuberculeuse de la muqueuse palatine.
Perforation de la voûte.*

Lebreton A., âgé de 18 ans, naturaliste, entre le 6 mars 1878, dans le service de M. Desnos (Sainte-Marthe, n° 45) avec tous les symptômes d'une tuberculose avancée. Il est malade depuis 13 mois, il a eu alors une laryngite qui a duré une dizaine de jours ; depuis, il tousse continuellement, il a maigri et perdu ses forces, pas d'hémoptysie. Il est sujet à la diarrhée.

Son père et sa mère sont morts, l'un à 40 ans, l'autre à 42, tous deux de bronchites.

L..., est pâle, amaigri, chétif, les pommettes sont rouges, animées par la fièvre qui est forte, même le matin (39°6 à 40°).

L'exploration des pŕumons nous révèle la présence d'excavations des deux côtés. Le malade a eu des gourmes étant jeune, il n'a présenté ni ophtalmie, ni otorrhée.

Diagnostic. — Tuberculose héréditaire.

Le 12 mars. — Le malade est enrôué.

Le 3 avril. — Il est aphone et se plaint de picotements dans

le larynx et de douleurs au niveau de la grande corne de l'os hyoïde quand il avale.

Le 12. — L..., accuse une sensation de cuisson au palais, et se plaint que les aliments liquides lui reviennent par le nez, c'est alors que nous apercevons l'existence d'une ulcération de la voûte palatine. Cette ulcération a succédé, paraît-il à une petite « cloque » survenue il y a huit ou neuf jours, et ne date elle-même que d'une semaine.

Les liquides ne reviennent par le nez que depuis cinq ou six jours seulement. Jamais jusque-là, ce jeune malade n'avait eu dans la bouche autre chose que quelques petites ulcérations aphteuses.

Aucun antécédent syphilitique.

Voici les caractères que cette ulcération présentait le 13 avril.

Sur la ligne médiane, à 3 ou 4 millimètres des incisives, commence une ulcération allongée, dans le sens antéro-postérieur, dont la limite en arrière correspond à une ligne qui unirait les deux dernières molaires. Cette ulcération est limitée par des bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce, dessinant une ligne sinueuse et semblant bien indiquer par là, que l'ulcération a été agrandie par la réunion d'ulcérations arrondies plus petites. La surface est recouverte d'un détritus gris-jaunâtre; la profondeur est très variable suivant les points; elle diminue à mesure qu'on s'écarte du raphé médian, et atteint son maximum en avant, là où se trouve la perforation. Celle-ci est longue de 6 millimètres et large de 4 millimètres. A la partie postérieure de la voûte palatine, la muqueuse paraît tuméfiée et recouverte de cinq à six granulations d'un blanc grisâtre, du volume d'un grain de millet.

Plus en avant, on aperçoit à un centimètre de l'arcade dentaire et confinant au bord gauche de l'ulcération, une plaque recouverte d'une matière caséeuse.

Le malade succombe le 16 avril.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de masses tubercu-

leuses et les deux lobes supérieurs sont creusés d'immenses cavernes. Le foie est gras, très augmenté de volume.

La muqueuse laryngée est rugueuse, épaissie, non ulcérée.

Les muqueuses uréthrale et vésicale sont saines.

La muqueuse gastrique ne présente ni ulcération, ni infiltration de granulations tuberculeuses.

La muqueuse intestinale est, au contraire, ulcérée en plusieurs places, principalement à la partie inférieure de l'iléon, et l'existence de tubercules qu'on aperçoit nettement dans la couche péritonéale, ajoutée aux autres caractères microscopiques de l'ulcération, nous en indique suffisamment la nature.

La muqueuse linguale et la muqueuse qui tapisse les joues et les lèvres, sont sauvées.

Ayant enlevé la voûte palatine et le voile du palais, et détergé le fond de l'ulcération, nous constatons que la destruction fibro-muqueuse est complète sur la ligne médiane, et que l'os forme là le fond de l'ulcéré. Les bords de l'ulcération sont décollés par places.

Il est aisé de voir que la perforation de la voûte palatine a été produite par la destruction du tissu fibro-muqueux, qui obture le conduit palatin antérieur, et cette perforation, de même que le canal osseux, simple du côté de la bouche, se bifurque en deux conduits qui viennent s'ouvrir de chaque côté de la cloison dans les fosses nasales; le processus ulcéreux a détruit tout le contenu nerfs et vaisseaux, et mis l'os à nu. Les perforations du côté de la pituitaire sont arrondies et mesurent l'une et l'autre 6 millimètres de diamètre.

Examen microscopique. — Voûte palatine. — Le chorion de la muqueuse présente les traces d'une inflammation intense; tout le long des fibres élastiques, apparaissent des traînées de cellules embryonnaires, qui en deux points, constituent en se réunissant deux petites nodosités de forme arrondie; au milieu de l'une d'elles, on aperçoit une masse allongée, plus colorée, granuleuse, les éléments formant le reste de la nodosité sont

tassés les uns contre les autres, granuleux, peu distincts, excepté à la périphérie où des fibrilles de tissu conjonctif s'interposent entre les cellules. Autour de ces nodosités, l'infiltration cellulaire est beaucoup plus marquée, on trouve à peine quelques vaisseaux, les éléments cellulaires diminuant à mesure qu'on se rapproche de la couche glandulaire, les glandes paraissent saines.

Tout près de l'ulcération, l'infiltration de la muqueuse est telle qu'on reconnaît à peine un stroma, on ne distingue plus qu'une masse d'éléments embryonnaires sans aucune trace de vaisseaux. Nous retrouvons les mêmes altérations sur les coupes du voile du palais; le processus a même été plus profondément, il a envahi quelques groupes de glandes, sans atteindre toutefois la couche musculaire.

L'examen de la pituitaire, près de la perforation ne nous a pas montré de noyaux tuberculeux distincts, mais toute l'épaisseur de la muqueuse est infiltrée de cellules, dont les unes, mal colorées par le picrocarminate d'ammoniaque forment des amas jaunâtres. Au-dessous du derme, on reconnaît quelques acini perdus au milieu des éléments inflammatoires, quelques-uns ont conservé leur épithélium cylindrique bien distinct. De même que dans les muqueuses précédemment examinées, nous notons la rareté des vaisseaux.

OBSERVATION II, traduite de l'allemand. Publiée par le docteur Rethi dans le *Wiener Medizinische Presse*.

Un cas de tuberculose de la bouche avec perforation dans les fosses nasales et le sinus maxillaire.

Le cas que je présente, suivi pendant plusieurs années avec quelques interruptions est surtout intéressant à cause de la destruction par la tuberculose des cavités nasale et buccale.

Les lésions tuberculeuses ont débuté il y a 5 ans, et ont atteint une extension comme on en rencontre rarement même dans la syphilis.

Il s'agit d'un homme de 31 ans. Son père est mort d'une attaque d'apoplexie, sa mère, ses frères et ses sœurs sont bien portants. Il n'a pas eu la syphilis.

Depuis huit ans, il tousse et expectore parfois des mucosités légèrement teintées de sang. En 1887 il commença à se plaindre de maux de gorge, maux surtout exagérés par la déglutition. Au bout de quelques mois, la dysphagie disparut pour reparaître en octobre 1888. Elle fut accompagnée alors d'enrouement et de toux. Au premier examen, on trouva ce qui suit :

Malade mal nourri et anémique.

Au sommet du poumon gauche, on trouve les signes d'une tuberculose commençante.

Au larynx, gonflement notable de l'éminence aryténoïdienne gauche, coloration gris rosâtre et infiltration tuberculeuse de la muqueuse aryténoïdienne, épaissement notable de la corde vocale supérieure gauche et gonflement et décoloration de la corde antérieure qui se trouvait presque sur la ligne médiane.

Sur la face interne du cartilage aryténoïde gauche, on trouve quelques petites élévations, restes d'une ulcération antérieure : la muqueuse inter-aryténoïdienne était fortement injectée, et tuméfiée.

Par contre la muqueuse du cartilage aryténoïde droit ne l'est que faiblement. Les mouvements de la corde vocale droite sont complètement libres.

Peu à peu, les maux de gorge deviennent plus intenses, et la déglutition plus difficile. Le gonflement du cartilage aryténoïde gauche augmente (périchondrite) et l'ulcération va depuis la face interne de ce cartilage à la corde vocale inférieure gauche. Le malade maigrit et on remarque des signes de tuberculose au sommet du poumon droit.

Au bout de quelques mois, les douleurs de la déglutition diminuèrent, la voix devint plus pure, et le gonflement du cartilage aryténoïde gauche diminua.

A la fin de 1889, la corde vocale gauche montra des ulcérations dans toute sa longueur et la corde supérieure de ce côté fut considérablement augmentée de volume.

La muqueuse inter-aryténoïdienne était considérablement infiltrée et le cartilage aryténoïde droit était tuméfié.

Au mois de mars 1900, le malade échappa à notre observation pendant quelque temps, mais revint en automne de la même année et raconta qu'il s'était fait arracher, quinze mois auparavant, une dent et quelques racines, mais les alvéoles dentaires ne s'étaient pas refermées et il en résulta un abcès qui se termina par une abondante sécrétion. Le malade sacrifia encore quelques dents et élimina de petits fragments d'os.

Dans le larynx, on trouva à peu près les mêmes lésions qu'auparavant ; mais dans le poumon, les lésions avaient fait des progrès ; à gauche, on trouva de la matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, une inspiration diminuée, de l'expiration rude et des râles sous-crépitaux.

A l'examen de la bouche, on remarqua près du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure gauche, une perte de substance qui s'étendait de la deuxième incisive à la première molaire. Le maximum de profondeur était à peu près dans la région où se trouvait autrefois la canine ; c'est à ce niveau que le malade avait éliminé des séquestres. L'ulcération avait un caractère atone, le fond pâle, mamelonné, couvert d'un pus gris jaunâtre, peu épais, caséux par endroits ; les bords en étaient mous, irréguliers çà et là, minés et couverts de petites granulations blanc grisâtres, en partie isolées, en partie groupées. On en prit une parcelle et on trouva un tissu infiltré de petites cellules rondes, des amas de cellules épithélioïdes et un petit nombre de cellules géantes de Langhans ; par endroit, les cellules avaient subi la dégénérescence graisseuse avec disparition des noyaux ; on trouva peu de bacilles tuberculeux.

Il s'agissait donc d'un cas de tuberculose de la cavité buccale. En faveur de cette affection plaide la tuberculose pulmonaire et laryngée, ainsi que l'examen microscopique. Jamais le malade n'avait eu la syphilis et le traitement explorateur par l'I K fut sans succès. Nous ne pouvons pas penser non plus à une combinaison hybride de tuberculose et de syphilis.

Le lupus dût être éliminé parce que sur le tégument externe, on n'en trouva pas trace.

Des curettages répétés et l'application d'acide lactique concentré n'eurent pas de succès durable, à peine une amélioration passagère. Au bout de quelque temps, de nouveaux tubercules apparurent sur les bords de l'ulcération qu'ils agrandirent en se caséifiant. Plus tard, quelques séquestres se détachèrent encore. Au commencement de 1891, la narine gauche fut bouchée et le malade qui avait échappé de nouveau à l'observation pendant quelques mois, revient en été 1891 avec une communication entre les fosses nasales et le sinus maxillaire; au maxillaire supérieur, toutes les dents manquaient, sauf la première incisive et la deuxième molaire; la perte de substance traversait l'apophyse dans toute sa largeur; il manquait aussi un morceau de la voûte palatine; on pouvait voir la face inférieure du cornet inférieur gauche, la paroi externe du méat inférieur, et, par une sonde, on pouvait pénétrer dans le sinus maxillaire. L'imperméabilité de la narine gauche résultait de l'épaississement de la muqueuse du cornet inférieur qui bouchait l'entrée et empêchait ainsi l'exploration des parties profondes par la rhinoscopie antérieure. Une application de cocaïne eut peu de succès : la muqueuse ne se rétracta que d'une façon insignifiante.

L'ulcération devint de plus en plus grande. Bientôt, l'apophyse alvéolaire fut complètement perdue, de sorte que la perte de substance arriva en avant jusqu'à la ligne médiane.

Le 6 mars 1892, l'ulcère fut cautérisé avec le Paquelin à la clinique du professeur Albert. Une partie de la voûte palatine fut enlevée à la gouge et l'hémorrhagie violente fut arrêtée par un tamponnement de gaze iodoformée. Huit jours après, l'eschare se détacha, et, le 12 mars, l'opéré sortit de l'hôpital avec une perte de substance à bon aspect granuleux et une esquille osseuse qui tenait solidement.

Plus tard, la cicatrisation se fit par endroits, et comme la parole était devenue incompréhensible et la déglutition troublée

(car les aliments et les boissons refluaient dans le nez), on fit faire un dentier avec un obturateur approprié. Peu de temps après, l'ulcération se couvrit presque partout de granulations molles, il surgit de petites tubercules grisâtres qui se caséifièrent et la sécrétion purulente redevint très considérable. Derrière le sterno-cléido-mastoïdien, on trouva un engorgement ganglionnaire énorme. Le malade maigrit de plus en plus. Plusieurs curettages et attouchements à l'acide lactique n'eurent pas de succès.

En 1892, le malade alla à Buda-Pesth. Le docteur Baumgarten, lui introduisit des bandelettes de gaze imbibées d'acide lactique, et quand le malade rentra à Vienne, fin 1892, il avait meilleure mine, mais l'ulcération de la bouche avait augmenté; plusieurs séquestres s'étaient encore détachés et les ganglions avaient suppuré.

L'abcès, du volume d'un poing d'enfant, fut vidé par une ponction suivie d'une injection d'huile iodoformée.

Aujourd'hui, fin février 1893, l'aspect du malade est mauvais, l'amaigrissement notable et il y a des sueurs nocturnes. La toux, assez violente, empêche le malade de dormir la nuit; expectoration modérée, peu d'enrouement. Aux deux sommets son caverneux et respiration bronchique; on entend des râles humides à gauche jusqu'à l'angle de l'omoplate; les lésions du larynx ont progressé; le côté gauche est immobile; le cartilage aryténoïde a augmenté de volume; sa face interne est ulcérée.

L'ulcération s'étend jusqu'à la corde vocale supérieure et jusqu'à la muqueuse intra-aryténoïdienne tuméfiée.

Le repli aryténo-épiglottique gauche est infiltrée. L'éminence aryténoïdienne droit est également augmentée de volume. Les cordes vocales du même côté sont un peu rouges, mais pas notablement tuméfiées. Sur la face laryngée de l'épiglotte, on voit une surface d'un centimètre carré, ulcérée avec un fond couvert de pus rougi et des bords entourés de points gris jaunâtres.

La cavité qui fait communiquer la bouche avec le nez et le sinus maxillaire s'étend de la deuxième molaire jusqu'à la ligne médiane; à gauche, il ne reste que peu de chose de la voûte palatine osseuse. La lésion traverse la ligne médiane au niveau de l'apophyse alvéolaire et arrive à droite jusqu'à la deuxième incisive.

La perte de substance atteint aussi la cloison dont le fond osseux est en partie dénudé et sur le bord antérieur de l'ulcération du palais, on peut toucher avec une sonde la cloison du nez qui est cariée. Les bords de l'ulcération sont fortement injectés, épaissis, bosselés et couverts de points gris-jaunâtres, du volume d'un grain de millet. La muqueuse du sinus maxillaire est ulcérée et couverte de granulations grises et de pus, elle est en partie explorable. Le cornet inférieur est à moitié découvert et touche à son extrémité antérieure la cloison, tandis que du plancher des fosses nasales s'élève une tumeur gris-rougeâtre du volume de deux haricots. A côté de cette tumeur on peut, au moyen d'une sonde recourbée, arriver dans la bouche.

On prescrit des gargarismes antiseptiques et on renonça aux moyens énergiques à cause de l'état général précaire et du peu de chance d'un traitement local.

Dans ce cas, on n'a pas pu savoir avec certitude si le point de départ de la tuberculose avait été la plaie résultant d'une avulsion dentaire et infecté par la sécrétion pulmonaire ou laryngée, ou si la tuberculose s'est développée d'abord dans la bouche et en ébranlant les dents nécessita leur extraction.

OBSERVATION III, publiée par Talamon. *Presse Médicale*, 1893, page 874.

Tuberculose aiguë perforante du voile du palais

Une femme de 26 ans, entre dans notre service à l'hôpital Tenon, le 9 mai 1893, souffrant de la gorge depuis une dizaine de jours. Elle est d'apparence assez chétive, lymphatique, aux

chairs molles, les joues couperosées et les mains violacées. Elle dit cependant avoir une bonne santé habituelle et n'avoir fait d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans. Le père est mort paralysé ; la mère est vivante et bien portante.

Il y a six semaines, elle a commencé à tousser d'une petite toux sèche, qui est devenue bientôt rauque et enrouée, et un matin, elle se réveilla aphone ; l'aphonie persiste depuis lors.

Dans les derniers jours d'avril, la toux et l'aphonie se sont compliquées d'un violent mal de gorge avec fièvre, et en deux ou trois jours, la douleur est devenue assez intense pour rendre très pénibles et à peu près impossibles les mouvements de déglutition.

A l'entrée de la malade, on constate, en examinant la gorge, une rougeur livide, de toute la partie postérieure du voile du palais dans une étendue de deux centimètres environ à partir du bord libre. Le pharynx et les amygdales sont aussi d'un rouge violacé. L'amygdale gauche est creusée d'une ulcération irrégulière dont la surface est recouverte d'un pus verdâtre, épais et adhérent. En pratiquant des attouchements pour déterger l'ulcération, on provoque aussitôt un suintement sanguin assez abondant. La luette est un peu augmentée de volume et du même rouge livide que le reste de la gorge. Au-dessus d'elle et un peu à gauche, on voit trois petits points jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle, très douloureux au toucher et ressemblant à des vésicules d'herpès purulentes.

Dysphagie intense et salivation abondante et incessante. Pas de ganglions sous-maxillaires.

Température à 39° le soir, 38° le matin. Pas d'appétit. Langue suburral. La malade est toujours aphone, mais elle ne tousse plus. L'auscultation des poumons est absolument normale et on ne constate aucun signe suspect aux deux sommets. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. La malade nie tout antécédent syphilitique et il est impossible de trouver dans son examen rien qui permette de douter de sa véracité.

Malgré l'absence de tout signe physique du côté des sommets, nous n'hésitons pas à diagnostiquer une angine tuberculeuse. L'aphonie persistante, la durée de l'angine qui date déjà d'une quinzaine de jours, la coloration livide de la gorge et surtout l'existence des troites petits points jaunes du voile du palais nous semblent caractéristiques, bien que l'examen du pus provenant de l'ulcération amygdalienne ne révèle pas la présence du bacille de Koch.

Les petits points jaunes ressemblent au premier abord à des vésicules d'herpès suppurées ; mais ils n'ont pas l'aspect opalin, que gardent les vésicules même quand elles sont remplies de pus ; ils sont d'un jaune opaque et donnent l'impression de granulations solides. Ce sont bien les *points jaunes* indiqués par Trélat au voisinage des ulcérations tuberculeuses de la langue.

Badigeonnages à la glycérine cocaïnée. Gargarismes bori-
qués.

Les jours suivants, les points jaunes augmentent de volume, et, le 12, deux de ces points se sont réunis en un seul de la grosseur d'un pois ; le troisième, un peu moins gros, commence à s'ulcérer. La douleur est un peu calmée par les attouchements cocaïnés, mais la malade ne se nourrit qu'avec peine.

Le 14 mai, les deux points sont remplacés par deux ulcérations arrondies, dont la plus grande a près d'un centimètre de diamètre. L'ulcération de l'amygdale ne s'est pas agrandie. Injection d'un dixième de milligramme de cantharidate de potasse.

Le 15, les deux ulcérations sont réunies en une de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords nets et profondément creusée dans le voile du palais.

Le 16, nous constatons *que le voile du palais est perforé* ; depuis hier soir, les liquides refluent par le nez. La voix nasonnée est par moments, à peine compréhensible. Depuis le 14, l'aphonie a disparu. La dysphagie persiste très prononcée, empêchant toute nourriture solide. On continue tous les 2 jours, une injection sous-cutanée d'un dixième de milligramme de cantharidate et en outre, on pratique deux fois par jour des attouchements avec l'acide lactique.

Le 18, l'ulcération du voile du palais mesure près de 2 centimètres de diamètre, mais elle ne paraît pas tendre à s'agrandir; elle est assez régulièrement arrondie à la surface, un peu anfractueuse et sécrétant un pus jaunâtre dans la profondeur, et traversant de part en part le voile du palais. Un nouvel examen de ce pus ne montre pas de bacilles de Koch. Les liquides refluent toujours par le nez.

L'ulcération reste stationnaire les jours suivants et ne s'élargit pas. Celle de l'amygdale n'a pas progressé depuis le jour de l'entrée. La malade se plaint toujours de dysphagie et en outre, d'une douleur vive retentissant dans l'oreille gauche. Les attouchements à l'acide lactique amènent des crachats sanguinolents.

Le 24, on a fait jusqu'à ce jour 5 injections de cantharidate, et depuis 8 jours, on répète les cautérisations à l'acide lactique 2 fois par jour. Le matin, on constate sur un des bords de l'ulcération palatine deux petits bourgeons charnus qui proéminent dans la cavité du trajet fistuleux. La malade déclare qu'elle souffre moins en avalant, mais les liquides passent toujours par le nez. Les injections de cantharidate sont répétées tous les deux jours.

Le 26, les bourgeons charnus ont augmenté nettement de volume et sont de la grosseur d'un grain de chénevis. La douleur d'oreille a disparu et la déglutition est beaucoup plus facile.

Le 28, les bourgeons charnus tendent à combler l'ulcération du voile qui se rétrécit chaque jour. L'ulcération amygdalienne est aussi en voie d'amélioration; elle ne saigne plus quand on la touche et ne donne presque plus de suintement purulent.

Mais le lendemain, on est obligé d'interrompre les injections de cantharidate, une des piqûres à la cuisse ayant donné lieu à la formation d'un abcès qui détermine une fièvre assez vive. On continue seulement les attouchements à l'acide lactique.

Néanmoins, l'amélioration continue; le 2 juin, l'ulcération

palatine est à peu près comblée ; elle n'a plus guère que les dimensions d'un poids ; mais la perforation existe toujours, car les liquides refluent un peu par le nez. La malade ne se plaint plus de sa dysphagie.

Le 8 juin, les ulcérations se cicatrisent lentement ; mais la malade accuse, le matin une douleur nouvelle. Elle se plaint d'une sensation de brûlure vive au moment du passage des aliments dans l'estomac ; elle accuse cette sensation derrière le sternum, mais surtout dans le dos. Il nous paraît probable qu'une nouvelle ulcération s'est formée dans l'œsophage.

Le 12 juin, la douleur œsophagienne persiste très vive, chaque fois que la malade avale un aliment liquide ou solide. Le passage des aliments solides est surtout douloureux. Les liquides ne refluent plus par le nez, et l'ulcération du voile du palais présente à peine 2 ou 3 millimètres de profondeur.

La malade quitte brusquement l'hôpital le 18 juin, se plaignant toujours aussi vivement de sa douleur œsophagienne. Les ulcérations du voile du palais et de l'amygdale sont presque guéries, mais non complètement. On ne constate toujours rien d'anormal du côté des poumons.

M. Talamon fait remarquer ensuite que, « malgré l'absence du bacille de Koch dans les sécrétions de l'ulcère et malgré l'intégrité sthétoscopique des poumons, la nature tuberculeuse de l'affection ne peut sembler contestable. » La syphilis en effet ne saurait être incriminée et d'ailleurs l'existence des points jaunes démontre bien la bacillose.

Le malade est surtout intéressant à cause de l'évolution rapide de la lésion de la perforation du voile du palais et de la tendance rapide à la guérison.

M. Talamon préconise l'association du cantharidate de potasse et de l'acide lactique comme

mode de traitement, l'action stimulante de l'un favorisait l'action locale de l'autre : « Toutefois, dit-il, en terminant, il ne faudrait pas s'exagérer la valeur de ce traitement. L'effet en est purement local. Il n'a pas empêché la formation de lésions ulcéreuses dans l'œsophage ; et il est probable, si nous avions pu suivre longtemps la malade, que nous aurions assisté dans un délai plus ou moins bref, à quelque localisation nouvelle plus grave et sans doute à l'envahissement de ses poumons. »

Nous ne partageons point une manière de voir aussi pessimiste, et nous sommes persuadés que la tuberculose palatine primitive peut parfaitement guérir sous l'influence d'un traitement approprié et ne pas envahir le poumon.

OBSERVATION IV, publiée par M. DU CASTEL, médecin des hôpitaux, dans le *Bulletin de la société de Dermatologie*, 1894, p. 313.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1874, soigné au Midi pour un chancre simple (la syphilis peut être écartée en toute certitude).

En 1892, il ressentit pendant un mois de violentes douleurs dans l'œil gauche ; celles-ci disparurent peu à peu, mais laissèrent derrière elles une gêne pénible de la déglutition. Le malade ne consulta aucun médecin à ce moment et ne donna que des renseignements très incomplets sur toute cette période du début de sa maladie. Il prétend qu'il n'existait alors, malgré les douleurs et la gêne, aucune altération visible de la gorge. Cependant, au bout de quelques semaines, il aperçut une *perforation de la voûte palatine*, siégeant sur la ligne médiane, au niveau de l'insertion du palais sur la voûte osseuse. Peu de temps après, il remarqua sur le bord gauche de la langue, tout

près de la pointe une petite tumeur dure, non ulcérée, dont l'apparition suivit de très près d'après lui, une brûlure qu'il s'était faite à ce niveau en fumant avec une pipe trop courte. Rapidement, toute la langue se tuméfia au point de remplir complètement la cavité buccale et de rendre impossible la mastication et l'articulation des mots. Il alla alors consulter à la Pitié ; on lui dit qu'il était syphilitique et on le soumit au traitement mixte ; le mal ne fit qu'empirer. Il vint alors consulter à Saint-Louis, où, dit-il le médecin qui le vit ne se prononça pas sur son cas et l'adressa à M. Berger (de Lariboisière). Celui-ci excisa la tumeur, en fit l'examen, et conseilla ensuite l'amputation totale de la langue.

Le malade refusa de se laisser opérer et se rendit à la Charité dans le service de M. Luyt, où l'on fit le diagnostic de tuberculose linguale ; on lui fit prendre de la créosote et de la glycérine, on lui fit des badigeonnages à l'acide lactique. Au bout de quelques semaines, l'amélioration était considérable.

A sa rentrée dans le service, la langue était dure, scléreuse, parcourue d'arrière en avant par un profond sillon qui la divisait en deux parties à peu près égales et se terminait à 3 centimètres environ de la pointe. En avant de ce sillon, existait une ulcération peu profonde, à contours sinueux, dont le fond irrégulier était semé de petits points jaunes et qui saignait facilement. Au voisinage de cette ulcération, existaient deux ou trois petits nodules jaunâtres, saillants de la grosseur d'une tête d'épingle. L'ensemble de ces lésions évoquait l'idée d'un cas de tuberculose linguale.

Ce diagnostic se trouva confirmé par l'examen de la voûte palatine et de la gorge : tout le voile du palais et toute la voûte étaient tuméfiés, d'un rouge vineux, à surface irrégulière, mamelonnée, avec une perforation centrale ; sur la face interne de l'arcade dentairesupérieure droite, il existait deux ulcérations de couleur gris jaunâtre, contiguës, de la grosseur d'une pièce de 20 centimes, avec semis de granulations jaunes à la périphérie.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, surtout à gauche, mais peu volumineux.

L'examen de la poitrine ne révèle aucune trace de tuberculose pulmonaire. Le malade ne tousse, ni ne crache jamais.

L'état général est très satisfaisant. Le malade ne se plaint que de quelques troubles fonctionnels, consistant en une gêne douloureuse de la mastication et de l'articulation des mots. Le traitement institué fut le suivant.

Capsules de créosote de 0,10 centigr. 6 par jour ; huile de foie de morue ; badigeonnage à la cocaïne avant chaque repas.

Depuis trois semaines qu'il est soumis à ce traitement, il s'est produit une amélioration assez notable ; la langue est peu modifiée ; mais les ulcérations de l'arcade dentaire sont beaucoup moins étendues.

OBSERVATION V, publiée par le Dr VALTER DE CHARLOTTENBURG dans le *Therapeutische Monatshefte*. Berlin 1895, p. 62-65.
(traduite de l'allemand)

Suites rares d'un ulcère tuberculeux du palais.

F. S..., âgé de 38 ans, mouleur dans une fabrique de porcelaine, est né de parents sains. Son père est mort à 69 ans d'une pneumonie et sa mère est morte en couches à 36 ans. Quant à lui, il est marié, et a un fils vivant de 13 ans ; un autre est mort du croup à 2 ans. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Il a un frère qui se porte bien. Pas de syphilis. En somme, il n'a jamais été sérieusement malade : il y a trois ans il a encore été admis à s'assurer sur la vie.

Le 3 juillet 1892, il vint dans mon cabinet se plaignant d'insap-pétence, de toux, de quelques crachements et de douleurs dans la poitrine ; il attribuait la cause de ces troubles à une bronchite qui durait depuis quelques semaines.

En janvier 1893, ces symptômes s'étaient accrus : il avait en outre du coryza, une lassitude générale, des douleurs dans les membres et de la fièvre. Le malade était alité depuis huit jours. Je trouvai une diminution de la respiration au sommet droit et un

souffle indéterminé à cette limite. Je diagnostiquai : « Influenza avec tuberculose commençante du côté droit. »

Au commencement de février, le malade se sentit tellement amélioré qu'il put reprendre son travail ; il le continua jusqu'au 23 mai, jour où il revint vers moi en se plaignant d'enrouement. A l'examen laryngoscopique, je remarquai une rougeur de la corde vocale gauche. On fit jusqu'au 20 juin des attouchements avec une solution à 1 % de chlorure de zinc et la rougeur disparut à peu près complètement. Quand le malade revint me consulter le 8 août, après un mois de repos dans son pays, il m'affirma que le séjour lui avait fait beaucoup de bien. Les lésions du poumon étaient restées les mêmes ; l'expectoration était assez abondante.

Le malade, comme je le rapporte plus loin, avait été soigné par le professeur Krauseschen, à la Polyclinique.

Le docteur Friedlander, son assistant, fut assez aimable pour me faire les communications suivantes au sujet des changements observés sur notre malade, le 29 septembre. Je lui en fais ici mes remerciements : muqueuse anémiée, ulcération du bord postérieur du larynx et de la corde vocale gauche. à droite condensation. à gauche caverne. Diagnostic : Tuberculose pulmonaire et laryngée.

Après des attouchements à l'acide lactique qui furent faits à la gorge, l'ulcération se cicatrisa à la partie postérieure du larynx, pendant que celle de la corde vocale gauche diminuait considérablement.

Lorsque le 9 octobre, je fus appelé près du malade, je constatai encore de l'enrouement ; en attendant, il pouvait, en se forçant, parler à haute voix. Il se plaignait alors d'un point de côté à gauche, plus douloureux à chaque quinte de toux. A côté de gros et de petits rales humides, je constatai un frottement de pleurésie. Pas de matité. C'était donc une pleurésie sèche. Le bruit de frottement disparut au bout de quelque temps, puis revint ; cela explique que le malade ait eu jusqu'à sa mort, au côté gauche, des douleurs plus ou moins violentes avec de faibles interruptions.

Le 31 octobre, le malade reprit son travail, mais il dut le quitter le 5 décembre à cause de sa faiblesse croissante. Pendant ce temps, les sueurs nocturnes étaient apparues; l'expectoration était abondante, d'odeur fade, nummulaire. Le sommet du poumon gauche était aussi infiltré; la corde vocale gauche était tuméfiée au point de faire une véritable saillie. A la pression sur le côté gauche de la gorge, au niveau de la corde vocale, le malade ressentait de violentes douleurs. A ce moment (jusque là il avait pu faire des efforts pour parler à voix haute), il eut subitement de l'aphonie à la suite de la mort de son père, qui lui fut annoncée par son frère. Du 1^{er} février au 3 mars, le malade put reprendre son travail, mais il dut bientôt le cesser parce que toutes les fois qu'il se tenait debout, il apparaissait de l'œdème dans les membres inférieurs.

L'urine n'avait pas d'albumine. Le malade déclara que lorsqu'il avalait des liquides, quelques gouttes refluait dans le nez, et il se plaignait de douleurs à la déglutition. J'expliquai ce dernier symptôme par une paralysie du voile du palais, chose qui a été souvent observée dans la tuberculose. Le soir, le malade présentait une élévation de température, et la nuit, il avait parfois une oppression si forte qu'elle le forçait à s'asseoir sur son lit.

Le 27 septembre, je fus de nouveau appelé auprès du malade; il paraissait très amaigri et avait une violente dyspnée; il se plaignait aussi du reflux des liquides par le nez et de douleurs dans le côté gauche de la bouche. Cela me donna l'occasion de faire l'examen de la cavité buccale, examen qui me donna un résultat tout à fait imprévu : entre la première grosse molaire gauche et la dernière petite molaire du même côté, dont les racines étaient visibles, on trouvait à l'épiphyse alvéolaire de la voûte palatine une large perforation à travers laquelle on voyait facilement la cavité d'Highmore recouverte par une muqueuse anémiée. Une sonde pénétra de 5 centimètres, mais ne put arriver dans la cavité nasale. Autour de la perforation en dedans des racines des molaires indiquées plus haut, il existait une

ulcération qui montrait à sa surface une auréole rogne et tranchait nettement avec la muqueuse anémiée. Il n'y avait pas de différence de niveau entre le tissu sain et le tissu malade. L'ulcération était recouverte d'une sécrétion purulente épaisse assez adhérente au fond.

Surtout à la périphérie de l'ulcération, on trouvait un certain nombre de points gris jaunâtres, de la grosseur d'un grain de millet et que l'on reconnaissait facilement comme des tubercules miliaires.

Au toucher, l'ulcère était très douloureux.

Plus loin, on voyait, à la place des deux incisives gauches, une alvéole dont la gencive était ulcérée sur la face antérieure pendant que sur son bord postérieur, on constatait une masse caséuse jaunâtre. Au toucher, les deux ulcérations se montrèrent très douloureuses.

Ni les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire, ni ceux de la région cervicale n'étaient engorgés.

Interrogé sur l'origine de ces lésions, le malade me raconta qu'à Pâques, il s'était fait extraire les deux molaires gauches supérieures et une inférieure, les petites molaires supérieures et inférieures manquaient déjà depuis longtemps. Pendant que le vide produit par l'extraction des molaires supérieures se cicatrisait, celui d'en haut ne se refermait pas. A cet endroit, il avait toujours eu la sensation de la blessure et il s'aperçut que la gencive diminuait tous les jours. Il y a quelques semaines, il enleva même avec ses ongles les deux incisives gauches supérieures.

A un interrogatoire plus rigoureux, le malade déclara que lorsqu'il se gargarisait et tenait la tête renversée, les liquides pénétraient dans la cavité d'Highmore et lui donnaient la sensation d'un corps étranger. Pour l'évacuer complètement, il retenait son souffle et le liquide coulait goutte à goutte par le nez. Cette description correspond aux lésions que l'on trouva, car avec une sonde courbe on ne pouvait parvenir de l'autre d'Highmore dans la fosse nasale gauche dont les parois ne montraient nulle part de perte de substance.

Le liquide cheminaît ostensiblement par le canal physiologique situé entre le sinus maxillaire et les fosses nasales.

A partir du 2 septembre, l'état général du malade s'aggrava de plus en plus ; l'œdème des jambes augmenta et s'étendit à une partie des cuisses ; il survint une dyspnée considérable, de la prostration et de la diarrhée.

Le malade mourut le 9 octobre.

OBSERVATION VI, publiée par le Dr DU CASTEL, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1898, p. 685.

Ulcération tuberculeuse du voile du palais

Au mois de février dernier, entré salle Cazenave, n° 9, le nommé N..., âgé de 42 ans, journalier. Cet homme, qui paraît avoir été très vigoureux autrefois, est tombé dans un état d'amaigrissement très prononcé ; il entre à l'hôpital pour être soigné d'un mal de gorge extrêmement douloureux qui empêche presque complètement l'alimentation. Quand on fait ouvrir la bouche, l'attention est immédiatement appelée par une *perforation* située sur la ligne médiane du voile du palais, un peu plus près du bord postérieur que du bord antérieur.

Cette ulcération est arrondie, ou plutôt légèrement ovalaire, un peu plus longue dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal. Elle mesure environ 6 millimètres de long sur 4 de large. A première vue, elle présente de grandes analogies avec les perforations syphilitiques de la région ; et cependant le malade nie tout antécédent syphilitique ; quand on l'interroge, il est impossible de découvrir dans son existence aucun accident qu'il soit permis de rapporter à la syphilis ; l'examen du corps ne révèle aucune lésion syphilitique en évolution, aucune cicatrice de lésion syphilitique ancienne.

En examinant plus complètement la cavité buccale, je découvre, au niveau de la dernière grosse molaire supérieure droite, une ulcération irrégulière, assez étendue, assez profonde par places, à surface granuleuse recouverte d'un enduit gris

jaunâtre et sanieux; cette ulcération s'étend assez loin sur la voûte palatine. A son pourtour, il est aisé de constater la présence de nombreux petits grains jaunes présentant tous les caractères de granulations tuberculeuses miliaires de la muqueuse buccale.

En examinant de plus près la perforation du voile du palais, je constate que, de son bord gauche, se détache une petite ulcération de la muqueuse, grenue, recouverte d'un enduit pultacé et ressemblant absolument à l'ulcération observée au niveau de la grosse molaire droite.

En dehors de cette ulcération, on aperçoit trois granulations miliaires jaunes, aux caractères tuberculeux.

Le malade est, du reste, manifestement tuberculeux; il tousse depuis un an et demi, a beaucoup maigri, est atteint de sueurs nocturnes, de quintes de toux avec vomissements, de diarrhée. L'auscultation révèle l'existence de cavernes plus développées au sommet gauche qu'au sommet droit, de râles sous-crépitaunts dans toute l'étendue des deux poumons.

Il y a expectoration abondante.

Le malade succombe quelques jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie révèle l'existence d'une tuberculose diffuse des deux poumons, plus avancée à gauche.

La muqueuse nasale au pourtour de la perforation est ulcérée et bourgeonnante.

Sur une coupe faite au niveau des bords de l'ulcération, l'examen histologique décèle de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION VII, présentée à la Société médicale des Hôpitaux
le 20 janvier 1899, par le docteur BARBIER

Tuberculose de la gorge, perforation du voile du palais

X. R..., âgée de 32 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Bichat le 15 décembre 1898. Antécédents héréditaires : aucun antécédent tuberculeux.

La malade, fille unique, n'est pas mariée, a toujours été bien

portante jusqu'à l'âge de 7 ans. A cet âge, bronchite qui dure six semaines. Cette bronchite n'a été accompagnée ni de sueurs, ni d'amaigrissement, ni d'hémoptysie. Depuis, elle garde simplement une prédisposition à s'enrhumer l'hiver. Aucun stigmaté de syphilis.

Pendant quatre ans, le malade a cohabité avec une personne qui est morte tuberculeuse, il y a un an, et avec qui elle couchait.

Cette personne se servait d'un crachoir renfermant une solution antiseptique.

La maladie actuelle semble avoir débuté au mois d'octobre 1898. Cependant, dès le mois de mars de la même année, la malade a maigri et a perdu ses forces, sans toux, sans sueurs, sans hémoptysie.

Au mois de septembre 1898, elle semble avoir eu une grippe qui aurait débuté par un coryza avec bronchite, courbature, etc.

Un mois après, elle commença à se plaindre de son mal de gorge, en même temps qu'un petit ganglion douloureux sous-angulo-maxillaire se développait à droite et que sa voix se couvrait par instants.

Dans le cours des mois de novembre et décembre, les douleurs de la gorge augmentent sans retentissement sur les oreilles et au moment seulement, de la déglutition ; une salivation très abondante gêne la malade.

Elle se présente, le 15 décembre, à la consultation de l'hôpital Bichat. A ce moment, on constate, sur le pilier antérieur droit, à la partie inférieure, une surface végétante semi-lunaire, grosse comme la moitié d'une pièce de 20 centimes et d'une couleur rouge vif sur laquelle se détachent par place des petits points blanchâtres miliaires, faisant corps avec la muqueuse.

L'amygdale droite est ulcérée d'une façon irrégulière ; elle n'est pas tuméfiée. Le fond de l'ulcération, d'aspect bourgeonnant et rougeâtre, présente par place des placards jaunes, polycycliques, irréguliers, faisant également corps avec la paroi muqueuse, et ne ressemblant nullement à des fausses membranes.

Cette ulcération prend à peu près le tiers de l'amygdale dans le voisinage de la partie bourgeonnante du pilier, à peu près du volume de l'amande d'une noisette.

La déglutition est fort douloureuse, la salivation est abondante.

L'examen des mucosités amygdaliennes, fait à ce moment, ne donne pas de bacilles de Koch.

La malade revient nous voir une dizaine de jours après. L'ulcération végétante du pilier antérieur est toujours dans le même état, mais l'ulcération de l'amygdale a considérablement progressé. L'amygdale est creusée, comme avec une curette, d'une caverne dont le fond présente toujours les mêmes caractères et de la grosseur d'une bille d'enfant. De plus, il existe à la partie supérieure de l'amygdale une ulcération destructive qui empiète sur le voile du palais à droite, mordant dans le voile du palais sur une longueur de 2 ou 2 cent. 1/2 et sur une largeur 1 à 1/2 centimètre.

Les bords de ces ulcérations sont rouges, bourgeonnants, et renferment des dépôts caséux.

Un peu plus loin, et dans la direction de cette encoche, non loin de la ligne médiane, existe une perforation de la grosseur d'une petite lentille dont l'aspect est identique à celui de l'encoche voisine.

Quelques jours après (le 3 janvier), ces deux ulcérations s'étaient rejointes et la malade présentait transversalement une perte de substance sectionnant le voile du palais.

Le 6 janvier, on constate sur le bord gauche de la luette un semis de granulations tuberculeuses.

Le 7 janvier, les granulations sont plus apparentes, il en existe sur le pilier postérieur gauche et droit.

L'ulcération palatine ne progresse pas, mais il y a au pourtour de la congestion du voile du palais, et au bord supérieur de l'ulcération, par une exulcération de la muqueuse, comme si on avait abrasé obliquement avec un rasoir cette portion du voile.

Les jours suivants, on constate une tuméfaction au pourtour des granulations tuberculeuses de la luette et au pilier postérieur, mais pas de traces d'ulcération.

Le 16 janvier, sous l'influence du traitement, les phénomènes fonctionnels sont très amendés, en particulier, la déglutition et la salivation. L'adénopathie persiste sans augmenter. La luette est toujours tuméfiée et le semis de granulations persiste sur le pilier postérieur et la luette, sans ulcération.

L'ulcération ne progresse pas ; le fond et les bords ont un aspect rosé et semblent bourgeonner ; les masses jaunes sont moins apparentes.

Le traitement, depuis le mois de janvier, consiste en applications locales journalières d'acide lactique au 1/10 qui semblent avoir le meilleur effet sur la marche de l'affection.

Ajoutons que l'examen bactériologique, pratiqué une deuxième fois sur des exsudats pris, en particulier au niveau des points jaunâtres, a montré l'existence de rares bacilles de Koch.

Je désire attirer l'attention de la Société sur les phénomènes généraux qui ont précédé l'apparition de l'angine bacillaire.

Ils sont à rapprocher et avec grand intérêt, croyons-nous, avec les phénomènes semblables du début de la tuberculose pulmonaire.

Depuis le mois de février 1897, sans phénomènes pulmonaires, sans phénomènes pharyngés, la malade présentait des symptômes importants qu'on peut certainement rapporter à l'imprégnation des tuberculeuses : elle avait perdu ses forces, son appétit, elle maigrissait. Le soir, après le dîner, elle avait de la fièvre, mais sans sueurs. Son caractère s'était modifié et était devenu très irascible.

Ces symptômes sont à rapprocher de ceux qu'on observe dans la période de germination de la tuberculose dans le poumon et me paraissent mériter une attention sur laquelle il sera insisté ailleurs.

A l'heure actuelle, ma malade tousse un peu depuis la grippe qui semble avoir été le point de départ des accidents.

Voici les résultats de l'auscultation.

Poumon droit	S/E	Son. Résistance au doigt.
		Inspiration faible et rude, irrégulière.
	E/S	Quelques craquements secs. Respiration soufflante au niveau de la racine des bronches.
Poumon gauche	Sous-claviculaire	Respiration rude et grave.
		Percussion douloureuse. Son avec tonalité.
		Inspiration faible, un peu rude et saccadée. Expiration rude.
	Sous-Claviculaire	Percussion douloureuse.

Expectoration nocturne.

Il semble donc, d'après ces signes, que le poumon de la malade n'est pas indemne et que nous avons affaire à une tuberculisation à la fois pharyngée et pulmonaire.

L'état général de la malade est cependant fort satisfaisant, en particulier depuis 15 jours. Les forces reviennent, le système nerveux est plus actif, l'appétit est bon ; la malade a repris de l'embonpoint.

Ces symptômes, rapprochés de ce fait important de l'absence d'anémie tuberculeuse et d'amélioration des symptômes locaux de la gorge, permettent, je crois, d'espérer un pronostic relativement favorable dans un état aussi grave, malgré l'existence d'une fièvre qui, dans certains cas atteint le soir près de 39 degrés.

La malade, d'ailleurs, ne semble pas du tout ressentir ces accès de fièvre. Elle n'a ni frissons ni sueurs. L'état de sa nutrition donne également des indices favorables.

L'examen des urines nous a donné en effet :

Le 15 janvier. — Urines, 1500 grammes ; urée, 22 grammes ; phosphates, 1 gr. 70.

La faible quantité d'élimination des matériaux azotés et en particulier des phosphates, dont l'élimination très modérée montre chez notre malade une faible destruction des nucléines, c'est-à-dire des éléments cellulaires (cellules poly-nucléaires), cette faible quantité, disons-nous, rapprochée de ce fait que la malade se suralimente, prend de l'embonpoint etc, nous permet d'espérer que nous sommes en ce moment en gain sur la maladie.

Comme traitement : localement, comme nous l'avons vu, la malade est touchée tous les jours à l'acide lactique au 1/10, et au point de vue général, nous avons prescrit un régime de suralimentation et de repos qui semble donner de bons effets.

La deuxième particularité à relever est que, dans l'observation de M. Du Castel, il s'agit de tuberculeux avérés avec excrétions et expectorant des crachats bacillaires. Ici, au contraire, la tuberculose pulmonaire est à la période de germination et probablement postérieure à l'origine. Celle-ci est donc une manifestation tuberculeuse primitive, c'est probablement le chancre d'inoculation avec son ganglion témoin. La cause me paraît être une inoculation directe de la gorge ; les conditions dans lesquelles cette femme a vécu pendant trois ans avec un tuberculeux excavé expliquent sa possibilité.

OBSERVATION VIII, recueillie par M. BERNHEIM à l'hôpital Laënnec, en septembre 1897 (1).

X..., âgé de 24 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, entre dans le service de M. Hirtz suppléé par M. Caussade. Il se plaint de cuisson à la voûte palatine et de douleurs vives au contact des aliments. A l'examen de la cavité buccale, on

(1) Publiée dans les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899, p. 90.

constate d'abord une pâleur générale du palais, cette pâleur si fréquente au cas de tuberculose bucco-laryngée. Sur la voûte palatine, à gauche de la ligne médiane, et comme greffé sur la cicatrice d'un ancien lupus palatin, existe une ulcération irrégulière de la dimension d'une pièce de deux francs. Cette ulcération à fond sanieux, à bords décollés est entourée d'une collerette rougeâtre où la muqueuse est ulcérée et sanguinolente. Sur ses bords sont échelonnées quelques granulations jaunâtres. Les bords de l'ulcération sont extrêmement sensibles et le moindre attouchement y provoque une vive douleur.

En explorant au stylet, le fond de cette ulcération, on pénètre facilement dans les fosses nasales, ce qui dénote l'existence d'une petite perforation. A l'examen du liquide purulent qui baigne l'ulcération, on trouve des bacilles tuberculeux. On en constate généralement dans les grains jaunes.

Le voile du palais est anesthésié, le reflexe palatin supprimé pendant la déglutition. Le malade traité par des attouchements et des pulvérisations de liqueur de Ziehl sort de l'hôpital au bout d'un certain temps avec une amélioration considérable de sa lésion palatine.

ETUDE CLINIQUE

Nous avons vu dans le cours de nos observations que la tuberculose palatine accompagnée de perforation peut être primitive et exister à titre de lésion purement locale ; néanmoins le plus souvent (six fois sur huit), elle n'est qu'un épisode dans le cours d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée.

Quoi qu'il en soit (sauf dans le cas publié par M. Talamon), la lésion palatine évolue d'une façon chronique et met un temps assez considérable avant d'arriver à la perforation :

1° *Période de début.* — Le malade, tuberculeux pulmonaire ou non, se plaint de symptômes vagues et indéterminés du côté de la bouche, il ressent des démangeaisons, des douleurs d'oreilles, des picotements, surtout au moment des repas et pendant le passage des aliments épicés et des boissons alcooliques. Si l'on examine la bouche à cette époque, on voit que la voûte palatine est envahie par un certain nombre de granulations jaunâtres de la grosseur d'un grain de millet, disséminées ou réunies par petits groupes. Bientôt les douleurs provoquées par le passage

des aliments augmentent de plus en plus, la déglutition devient très pénible, le malade voit arriver avec terreur l'heure des repas; il se plaint de douleurs derrière l'oreille, de salivation exagérée et l'on constate souvent un engorgement des ganglions de l'angle de la mâchoire. La phonation est légèrement entravée.

Dès cette période, l'on constate déjà, avant que toute perforation fut établie, le rejet des aliments et des liquides par les fosses nasales. Ce fait signalé dans les observations de Valter et de Caussade est attribué par eux à une anesthésie du voile du palais. Cette anesthésie, comparable en cela aux paralysies diphthéritiques occasionne la perte du mouvement reflexe qui en temps normal soulève le palais et lui fait fermer l'orifice postérieur des fosses nasales. Ce reflexe étant supprimé, les aliments et surtout les liquides viennent refluer par le nez. Aussi quelquefois est-on surpris de l'abondance de ce reflux contrastant avec l'étroitesse de la perforation.

Tous ces troubles ont été produits par l'ulcération des petits points jaunes que nous avons signalés plus haut. Ces ulcérations qui existent aussi la plupart du temps sur d'autres parties de la cavité bucco-pharyngée : gencives, palais, langue, pharynx, amygdales, joues, se montrent sous des apparences très diverses. Quelquefois, l'on remarque sur la muqueuse de petites pertes de substances isolées, offrant des contours nets et arrondis, d'autres fois, l'on a affaire à de vastes ulcérations pouvant comprendre presque la totalité de la voûte palatine. A un examen attentif l'on remarque que ces deux sortes d'ulcérations ne sont que deux variétés du même processus morbide,

car dans le dernier cas, les petites granulations jaunâtres au lieu d'être comme auparavant disséminées isolément sur toute la surface de la muqueuse sont réunies en grand nombre sur certains points et ont donné naissance à de larges pertes de substance. Aussi, les bords de ces dernières sont-ils irréguliers, à contours polycycliques, et comme formés par la réunion de plusieurs échancrures faites à l'emporte pièce; ils sont plus ou moins taillés à pic et souvent décollés; leur sensibilité est extrême et le moindre attouchement provoque une vive douleur et parfois de petites hémorrhagies. Autour de l'ulcération, l'on remarque une auréole rougeâtre ou violacée de tissu tuméfié, boursoufflé qui contraste par sa coloration avec la pâleur générale de la muqueuse signalée par M. le professeur Dieulafoy dans le cours de la tuberculose et que nous trouvons décrite dans plusieurs de nos observations. (Valter, Rethi.)

La surface de l'ulcère est recouverte d'un enduit sanieux, épais adhérent, généralement jaune sale ou grisâtre. Par suite de lavages ou d'applications médicamenteuses, la plaie se déterge et montre un fond recouvert de bourgeons charnus plus ou moins développés.

Les points jaunes si bien décrits par Trélat et considérés depuis lors comme signe pathognomonique de la tuberculose se rencontrent à cette période à la fois sur la surface de l'ulcération, son pourtour et sur le reste de la muqueuse; on peut assister à leur évolution complète car il en apparaît toujours de nouveaux qui s'ulcèrent et viennent agrandir l'étendue de la lésion.

Qu'est-ce donc que ces granulations jaunâtres qui sem-

blent avoir une si grande part dans la genèse de l'affection qui nous occupe? Le microscope nous montre qu'ils ne sont autre chose qu'un amas de follicules tuberculeux. Ce follicule n'a rien de particulier à la voûte palatine et on y trouve les lésions ordinaires de la tuberculose; aussi nous ne ferons que les rappeler brièvement. Au centre, se trouvent quelques cellules de dimension considérable arrondies ou irrégulières et munies alors de prolongements protoplasmiques; elles sont opaques et le nombre de leurs noyaux est souvent très grand. On les nomme cellules géantes. Autour d'elles on voit deux ou trois rangées concentriques de cellules assez volumineuses et dites épithélioïdes.

Enfin, en dehors se trouve une zone de cellules embryonnaires arrondies ayant un noyau volumineux.

Du nombre de follicules agglomérés, dépend la dimension variable de plaques jaunâtres évaluée en moyenne à 4 millimètres. Au début, ils apparaissent dans la couche sous-épithéliale et subissent bientôt la dégénérescence granulo-graisseuse; la couche épithéale disparaît et l'ulcération est constituée. Tout d'abord elle est superficielle; mais si le processus continue sa marche envahissante, elle atteint bientôt le chorion sous-muqueux et peut perforer les parties molles et même la voûte osseuse.

L'examen bactériologique décèle la présence des bacilles de Koch dans le pus et les granulations jaunes.

2° *Période d'Etat.* — Enfin au milieu du cortège symptomatique que nous avons décrit plus haut, la per-

foration se constitue. Nous allons en décrire l'aspect en la comparant point par point à la perforation syphilitique, de beaucoup la plus commune. Ce parallèle nous fera mieux voir les caractères propres à chacune de ces lésions.

Le siège des perforations tuberculeuses est fort variable. Au voile du palais où on les rencontre trois fois, elles semblent exister de préférence sur la ligne médiane. A la voûte osseuse, on les trouve sur les parties latérales ; dans le premier cas de M. Ducastel (1894) la perforation siège sur la ligne médiane au niveau de l'insertion du palais sur la voûte osseuse ; enfin, dans l'observation de M. Quénu, le processus morbide avait détruit le tissu fibro-muqueux qui obture le conduit palatin antérieur. En somme, dans la tuberculose, la perforation peut siéger indistinctement sur la ligne médiane ou sur les parties latérales, sur le voile du palais ou sur la voûte osseuse.

Dans la syphilis au contraire, bien que l'on ait signalé quelques perforations du voile et quelques perforations latérales, l'orifice existe plutôt à la voûte osseuse et sur la ligne médiane. Il est de moyenne étendue, net, régulier, avec des bords taillés à pic et entouré généralement de tissu à peu près sain. Le plus souvent, les dimensions sont les mêmes au niveau de la voûte qu'au niveau des fosses nasales. En outre, cette perforation est arrondie ou légèrement ovale.

Dans la tuberculose, l'étendue et la forme de la perforation sont aussi variables que son siège.

Les bords en sont irréguliers, anfractueux. La perte de substance peut être considérable, comme dans les observations allemandes; Le plus souvent, l'on trouve un petit pertuis, une simple fissure siégeant au fond d'une sorte d'entonnoir et contrastant par son étroitesse avec l'étendue des ulcérations de la muqueuse. L'on peut trouver également des perforations moyennes et de forme régulière.

En outre dans la syphilis, la muqueuse du palais est rouge ou violacée, mais le plus souvent non ulcérée et d'apparence saine : nous avons vu qu'au contraire dans la tuberculose, la muqueuse pâle et anémiée est recouverte d'un certain nombre d'ulcérations et de points jaunâtres.

Ajoutons que l'engorgement des ganglions cervicaux, rare dans la syphilis est commun dans la tuberculose.

On trouve aussi de grandes différences dans l'évolution des deux lésions. Dans la syphilis, le début de la maladie peut être insidieux ; si insidieux même que le malade ne s'en aperçoit pas : « Tel sujet s'est couché bien portant et se réveille le lendemain avec une perforation très nette de la voûte osseuse. Le changement survenu dans la voix, le reflux des aliments et des boissons par le nez sont des indices qui appellent son attention. »

(Ghazarossian. Thèse, Paris, 1895-1896, p. 21.)

Le plus souvent, la perforation est précédée de troubles du côté du nez : coryza chronique pouvant être accompagné d'ozène, sécrétion muco-purulente, rejet de croûtes, dénudation osseuse du plancher appréciable par l'exploration au stylet. Toutefois, ces lésions sont habituellement indo-

lentes, bien que remarquables par leur profondeur; le malade ne s'en préoccupe pas et la perforation vient le surprendre brusquement au milieu de ses occupations; un malade s'aperçoit tout d'un coup qu'il ne peut plus aspirer la fumée d'une cigarette, on l'examine et on trouve une perforation palatine dans le cours d'une syphilis.

Cela tient à ce que la perforation, succédant habituellement à une ulcération des fosses nasales, se fait de haut en bas, et la muqueuse du palais n'est atteinte qu'après la nécrose partielle de la voûte osseuse; les séquestres sont éliminés le plus souvent par le nez, quelquefois par la bouche.

Dans la tuberculose, au contraire, le processus ulcératif débute dans la bouche et parcourt son évolution au milieu des symptômes fort douloureux que nous avons énumérés plus haut. En somme, toute l'évolution se fait sur le palais et la perforation se produit de bas en haut. Au début, l'on n'a qu'un petit pertuis ou même une simple fissure qu'il faut explorer avec le stylet.

La perforation peut en rester là, ou bien le maxillaire est frappé de nécrose sur une vaste étendue et on assiste à l'élimination de séquestre. L'on peut constater, en même temps, la nécrose du rebord alvéolo-dentaire et la chute des dents.

Après la perforation, la tuberculose peut envahir les fosses nasales et le sinus maxillaire.

En outre, la tuberculose ne frappe la voile du palais qu'en une seule fois et n'apparaît que très rarement à deux reprises différentes. Jamais on n'a signalé de perforations

multiples. Dans ce cas, un lupus avait précédé plus ou moins l'ulcération tuberculeuse et c'est tout. (Obs. de M. Caussade).

La syphilis, au contraire, répète ses coups sur le palais à intervalles plus ou moins éloignés; quelquefois plusieurs perforations existent ensemble et on peut en observer jusqu'à trois sur le même sujet. Dans ce cas, l'une d'elles prédomine habituellement sur les autres par son étendue. Sous l'influence du traitement spécifique, la lésion peut se cicatriser; mais malgré cette guérison apparente, on a toujours à craindre des retours offensifs de l'infection et cela pendant des périodes de 1 à 15 ans.

Le traitement le plus intensif par le mercure et l'iodure de potassium s'est même montré quelquefois impuissant. Au contraire, la perforation tuberculeuse, sans généralisation pulmonaire, est guérissable par le traitement.

Enfin, dans la syphilis, le rejet des aliments par le nez varie avec le plus ou moins d'étendue de la lésion. Il n'en est rien dans la tuberculose et l'on est quelquefois frappé de la quantité considérable d'aliments refluant par le nez et du peu de surface de la lésion; nous avons vu plus haut, que ce phénomène était dû à l'anesthésie du voile du palais.

Les caractères qu'il nous reste à décrire maintenant sont communs à toutes les perforations palatines; aussi ne ferons-nous que les signaler brièvement.

En examinant par la bouche la perforation, on peut suivant l'étendue de cette dernière, apercevoir le vomer, les cornets inférieur et moyen et le sinus maxillaire. Au moyen d'un stylet ou d'une sonde on peut pénétrer dans les fosses nasales.

Difficultés de la déglutition et de la phonation. La voix est nasonnée (voix de canard), la prononciation défectueuse et la parole quelquefois inintelligible.

Certaines lettres ne peuvent être prononcées ; le b et le p sont articulés comme m.

Le malade ne peut ni souffler, ni sucer, ni cracher, ni siffler, ni fumer, à moins d'user d'artifice et d'obturer momentanément l'orifice (bourdonnet de gaze, appareil prothétique quelconque). Dans un cas observé par Fournier, le malade obturait pour parler, une perforation syphilitique du palais en collant contre cette dernière une feuille de papier à cigarette.

MARCHE

A ce moment, la perforation est constituée et présente les caractères que nous avons décrits. Qu'en va devenir un malade atteint d'une telle affection.

Ici surtout il faut bien distinguer deux cas. Ou bien la lésion est exclusivement locale ou bien elle est en même temps viscérale.

Dans le premier cas, le pronostic nous paraît bien moins sombre que dans le second et nous n'hésitons pas à déclarer qu'alors la guérison est possible au moyen du traitement approprié (obs. de Talamon, du Castel 1894, Caussade). Si la perforation est petite, elle peut même être obturée par du tissu cicatriciel.

Lorsque la tuberculose palatine est accompagnée, suivie ou précédée d'infection pulmonaire ou laryngée, elle n'a plus alors qu'une importance secondaire et est avant tout subordonnée à l'évolution de cette dernière maladie.

L'aspect des lésions locales se modifie même plus ou moins sous l'influence du traitement, suivant que l'état général du sujet est plus ou moins mauvais et l'on peut

voir l'ulcération diminuer en même temps sous l'influence du repos et de la suralimentation, le malade se sent amélioré. (Obs. de Barlier). Mais, hélas, cette amélioration n'est souvent que passagère et au bout d'un temps plus ou moins variable, les ulcérations cicatrisées récidivent, s'étendent, persistent indéfiniment et le malade est emporté par les progrès de la tuberculose chronique du poumon. Quelquefois une granulée aiguë vient apporter une terminaison encore plus rapide.

DIAGNOSTIC

La perforation tuberculeuse du palais n'est pas fréquente; à peine avons-nous pu en réunir huit observations. Si l'on veut bien se reporter aux signes de la tuberculose bucco-pharyngée que nous avons énumérés plus haut, le diagnostic en sera facile. La présence des points jaunâtres peut être un signe de certitude; la généralisation pulmonaire et laryngée est fréquente; d'ailleurs l'examen bactériologique lèvera tous les doutes.

Parmi les diverses perforations du palais, nous ne ferons que citer pour mémoire les divisions congénitales. Elles seront facilement reconnues grâce aux commémoratifs et à leurs bords lisses et épais.

Il en est de même des perforations consécutives à un traumatisme (balle de revolver, coups d'épée, d'épieu).

L'aspect de la blessure, le récit du malade ou de son entourage nous éclaireront suffisamment. Certaines tumeurs de la voûte palatine, le sarcome, le cancer,

diverses maladies comme la morve, le scorbut ont, dans certains cas, causé des perforations palatines, mais outre l'extrait de rareté de ces faits, les symptômes particuliers à ces affections sont assez nets pour affirmer le diagnostic.

Deux sortes de perforations surtout méritent de nous arrêter, ce sont l'ulcère perforant du palais et la perforation syphilitique.

Sous le nom de *mal perforant buccal*, désignation que l'on doit à M. le professeur Fournier, on décrit une tropho-névrose ulcéreuse de la cavité buccale absolument comparable au mal perforant plantaire. Comme lui, on la rencontre principalement chez les tabétiques et elle aboutit de même à de profondes ulcérations des tissus. Cette affection qui débute le plus souvent sans être précédée d'aucun prodrome, est caractérisée d'abord par l'ébranlement et la chute des dents bientôt l'on constate la résorption des alvéoles et des maxillaires supérieur et inférieur, puis apparaît à la voûte palatine une ulcération profonde aboutissant presque toujours à la perforation. M. Baudet (1) dans sa thèse, en signale sept observations. Il existe en même temps des troubles de la sensibilité sur la force, les joues, dans la zone de distribution du trijumeau, et principalement dans le voisinage de l'ulcération. On ne rencontre cette affection que chez l'homme surtout à l'âge moyen de la vie et le malade présente le plus souvent des signes avérés ou frustes de tabes.

Quant à la perforation, elle est unilatérale ou bilaté-

rale, n'existe qu'au maxillaire supérieur, et surtout à la périphérie de l'os dont le rebord alvéolaire a déjà disparu. La partie centrale de la voûte reste le plus souvent intacte.

Ses dimensions sont variables, mais à l'état le plus avancé, on a noté qu'on pouvait introduire aisément le médius. La muqueuse, à ce niveau est rouge et vascularisée, fortement irritée par les particules alimentaires, si le malade a peu de soin de sa personne, ou bien blanche, lisse et comme fibreuse si le malade a soin de son mal. L'os qui borde la perforation n'est pas nécrosé. Le contour est irrégulier, sinueux, allongé, dans le sens antéro-postérieur, dans l'axe même du bord alvéolaire.

Quand les perforations sont doubles, trois fois sur sept, elles ont un siège symétrique et sont d'étendue inégale.

Les signes fonctionnels sont les mêmes que dans les autres genres de perforations.

Les perforations syphilitiques sont de beaucoup les plus nombreuses. Sur 20 cas de perforation palatine, M. Fournier en donne 19 à la syphilis. M. Dieulafoy va encore plus loin et lui en attribue 39 sur 40. Elles sont l'apanage de la période tertiaire et se montrent également dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire tardive.

En décrivant les symptômes de la perforation tuberculeuse, nous avons signalé à ce propos, ceux de la perforation syphilitique. Pour ne pas entrer dans une répétition fastidieuse, nous nous contenterons de mettre ici en regard sous forme de tableau, les caractères propres à chacune de ces deux affections.

<i>Perforation tuberculeuse</i>	<i>Perforation syphilitique</i>
<i>Siège.</i> Toute la surface de la voûte palatine ou du voile du palais.	Voûte osseuse, de préférence sur la ligne médianè ou dans son voisinage.
<i>Etendue</i> fort variable.	Moyenne ; c'est-à-dire de la grandeur d'une pièce de vingt centimes.
<i>Forme</i> irrégulière, contours sinueux, frangés.	Arrondie ou ovale avec grand axe antéro-postérieur.
<i>Aspect.</i> La perforation semble exister au fond d'un entonnoir.	Perforation faite à l'emporte-pièce.
<i>Bords.</i> Mous, déchiquetés, décollés, semés de granulations jaunâtres.	Taillés à pic, à section nette.
<i>Muqueuse.</i> Ulcérée et pâle.	Rouge et non ulcérée.
<i>Début</i> très douloureux.	Insidieux.
<i>Evolution</i> se fait entièrement sur le palais, la perforation se produit de bas en haut.	Se fait d'abord dans les fosses nasales perforées de haut en bas.
<i>Rejet des aliments.</i> Produit à la fois par la perforation et l'anesthésie du voile du palais.	Proportionnel à l'étendue de la perforation.
<i>Marche.</i> La perforation est curable tant qu'elle reste à l'état de tuberculose locale ; unique ne récidive pas ;	Malgré le traitement, récidive et évolution très longue (10 et parfois 15 ans) elle peut être multiple.

On aura soin, aussi, de tenir compte des antécédents

du malade, d'examiner l'état général et surtout les voies respiratoires, de rechercher les traces anciennes de syphilis (cicatrices, effondrement des os du nez); de rechercher la présence du bacille de Koch.

Dans les cas douteux, le traitement spécifique servira de pierre de touche.

TRAITEMENT

La tuberculose palatine étant liée le plus souvent à une phthisie généralisée, il est indispensable de suivre les indications thérapeutiques de cette maladie ; sans nous étendre sur les divers modes de traitement, illusoire, hélas ! le plus souvent, qui ont été préconisés pendant ces dernières années, nous conseillerons, avant tout, de fortifier le malade et de favoriser la nutrition par l'administration d'une alimentation substantielle et d'huile de foie de morue. Nous emploierons aussi la thérapeutique usitée en pareil cas. Bains de mer, séjour à la campagne, aération, repos.

Alors même que la tuberculose ne semblerait pas confirmée, nous n'en instituerions pas moins le traitement le plus actif, car c'est à la première période de cette diathèse, à ce moment où le diagnostic ne peut souvent s'appuyer que sur des symptômes vagues et incertains, que nos agents thérapeutiques sont le plus efficaces et que nous pouvons espérer arrêter les progrès du terrible fléau. Lors même que notre malade serait indemne de toute généralisation viscérale, la médication tonique le

mettra en état de défense pour résister à l'invasion bactérienne et favorisera la guérison des lésions palatines.

Dans trois cas où la lésion était manifestement primitive, nous avons assisté à la guérison de l'ulcération et même à la disparition de la perforation, sous l'influence de cautérisations énergiques. L'acide lactique en solution, nous semble le topique qui ait donné jusqu'à présent les meilleurs résultats.

On a employé aussi le nitrate d'argent, la teinture d'iode, l'iodoforme, la teinture de cantharide, la cautérisation ignée, l'acide chromique.

Les pulvérisations et les attouchements avec la liqueur de Ziehl ont aussi donné de bons résultats (observation de M. Caussade).

Dès attouchements pratiqués au moyen d'une solution ou d'un collutoire à la cocaïne permettront de diminuer les douleurs provoquées par les aliments.

Quand la perforation atteint de fortes dimensions, il ne faut plus espérer la réunion cicatricielle des bords de l'orifice. Pour remédier aux inconvénients qui résultent de la perforation au point de vue de la nutrition et de la phonation, on a le choix entre l'obturation bien faite et l'intervention chirurgicale. Toutefois, cette dernière ne doit être tentée que si l'ulcération palatine est complètement cicatrisée et le malade indemne de toute manifestation pulmonaire.

CONCLUSIONS

1° La perforation est un accident rare dans le cours de la tuberculose palatine;

2° Nous avons trouvé une tuberculose pulmonaire concomitante dans six cas sur huit;

3° La perforation est toujours accompagnée d'ulcérations tuberculeuses du palais, des lèvres, des gencives, de la langue, des amygdales ou du pharynx.

Les signes pathognomoniques de ces lésions sont la présence des points jaunes de Trélat et l'existence de bacilles de Koch;

4° Le diagnostic doit surtout être fait avec la syphilis et le mal perforant buccal;

5° Le pronostic n'est point fatal, tant que la lésion reste locale;

6° Le traitement doit être, avant tout, général; comme topiques, on peut employer l'acide lactique au 1/10, la solution de Ziehl, l'acide chromique, la teinture d'iode ou la cautérisation ignée.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

DIEULAFOY.

VU : LE DOYEN.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUZENET. — 1858. *thèse*, Paris.
- JULLIARD. — 1865. Des ulcérations de la bouche chez les phtisiques, *thèse*, Paris.
- TRÉLAT. — 1870. *Archives Générales de Médecine*, tome 1, p. 35.
- GÉLADE. — 1878. Tuberculose bucco-pharyngée, *thèse*, Paris.
- SPILLMANN. — 1878. Tuberculose de l'appareil digestif, *thèse d'agrégation*, Paris.
- DUCROT. — 1879. Tuberculose de la bouche. Sa forme curable, *thèse*, Paris.
- BARTH. — 1888. De l'angine tuberculeuse, *thèse*, Paris.
- CHASSAGNETTE. — 1880. Angine tuberculeuse, *thèse*, Paris.
- PETER. — 1880. Leçons sur la tuberculose buccale. *Gazette médicale*.
- NÉLATON. — 1883. Le tubercule dans les affections chirurgicales, *thèse d'agrégation*.
- UCHERMANN. — Tuberculosis Veli Palatini. (*Norsk. Magazin for Lægevid*, XII, 9).
- HERMANTIER. — 1886. De la tuberculose de la voûte palatine, *thèse*, Paris.
- CLUTTON. — 1886. (*The Lancet*, 3 avril, p. 639.) Ulcération tuberculeuse du palais.
- BRUNEAU. — 1887. Ulcérations tuberculeuses de la bouche, *thèse*, Paris.
- RECLUS. — 1887. Tuberculose buccale. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie*, (n° du 28 octobre).
- MARTEL. — 1887. Traitement des perforations du voile du

palais par la cautérisation ignée. (*Revue internationale des Sociétés Médicales*, 31 mai 1887).

SCHEFEROVITCH. — 1887. De la tuberculose de la cavité buccale, *thèse*, Odessa.

ROTH. — 1889. *Wiener Klinische Wochenschrift*, p. 75. Un cas de tuberculose du voile du palais.

MICHELSON. — 1890. *Berlin Klinische Wochenschrift*. Un cas de tuberculose palatine et linguale.

DUPLAY. — 1892. Perforations syphilitiques du palais. *Gazette des Hôpitaux* (4 octobre).

KELLER. — 1893. Tuberculose de la muqueuse du palais. *Société Berlin de Dermatologie*, 2 mai.

BOBONE. — 1893. Tuberculose du palais. *Bull. mal dell orecchio, pala e de naso*, XIII, 4.

OBRASZOFF. — Deux cas de tuberculose de la peau et de la voûte palatine (*Vratch* 22, 1893).

TREITEL. — Lupus primitif du voile du palais (*Berlin Klinische Wochenschrift*, 11 novembre 1895).

BROPHY. — Perforations du palais et leur traitement. (*Chicago medical Times*, juillet 1895).

SEMON. — Ulcération tuberculeuse du voile du palais. (*London lar. Soc.*, 9 octobre 1895).

JARUNTOVSKI. — Tuberculose gingivale et palatine, (*Presse médicale*, 1895 p. 69.)

AUGUY. — De la tuberculose linguale. *Thèse de Paris* 1895-96.

GHAZAROSSIAN. — Perforation syphilitique de la voûte palatine, *thèse*, Paris, 1895-96.

BAUDET. — Du mal perforant buccal, *thèse*, Paris, 1897-98.

TARRADE. — *Thèse*, Paris, 1896-97. De la tuberculose inoculée par la muqueuse buccale.

DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*. Art. tuberculeuse bucco-pharyngée.

DIEULAFOY. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1898-99.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
